

Universidade de Lisboa

Faculdade de Farmácia



**Caracterização da *Vaccine Hesitancy* nos
Pais de Crianças até aos 16 Anos
Um estudo piloto em Portugal**

Frederica Rivera Ferreira Morais Roldão

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

2017

**Universidade de Lisboa
Faculdade de Farmácia**



**Caracterização da *Vaccine Hesitancy* nos
Pais de Crianças até aos 16 Anos
Um estudo piloto em Portugal**

Frederica Rivera Ferreira Morais Roldão

**Trabalho de Campo de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
apresentada à Universidade de Lisboa através da Faculdade de Farmácia**

Orientador: Professora Doutora Filipa Duarte-Ramos

2017

Resumo

A vacinação, ao longo dos anos, tem-se tornado uma questão cada vez mais importante dada a existência do fenómeno de *vaccine hesitancy*, o que tem vindo a pôr em causa a taxa de vacinação e cobertura de imunidade para certas patologias.

Tendo isto em conta, o objetivo do trabalho de campo apresentado é o de avaliar a tendência para a vacinação em Portugal, investigando a propensão de pais de crianças até aos 16 anos de idade para a vacinação.

Para isto, procedeu-se à realização de um estudo observacional, descritivo e transversal durante os meses de Junho e Julho de 2017 onde pais de crianças até aos 16 anos de idade responderam a um questionário aplicado tanto a nível das redes sociais e da internet como a nível da farmácia comunitária.

Foram recolhidos 92 questionários e, da totalidade analisada, 9,8% já adiou a administração de vacinas e 5,4% já recusou a sua administração por completo. Relativamente à opinião sobre o Programa Nacional de Vacinação, a maioria sente-se seguro perante o mesmo (90,2%), considerando ser benéfico e suficiente para a saúde dos seus filhos (84,8%). Contudo, aproximadamente metade da população preocupa-se com a possibilidade de ocorrência de reações adversas (47,8%) e uma parte considerável preocupa-se com a eficácia (31,5%) e segurança (26,1%) das vacinas. Porém, no final, a grande maioria da população (93,5%) não se encontra hesitante face à vacinação.

Conclui-se que, embora a realidade aponte para a existência de hesitação em vacinar em Portugal, os dados não são suficientes para quantificar a mesma, sendo necessária a realização de estudos mais aprofundados para avaliar esta temática e contornar uma possível questão de Saúde Pública.

Palavras-chave: vacinação; hesitação; *vaccine hesitancy*; vacina; Portugal;

Abstract

Throughout the years, vaccination has become an increasingly important issue due to the existence of vaccine hesitancy, a phenomenon which has been calling into question the rate of vaccination and the immunity coverage for certain diseases.

Taking this into account, the main purpose of this study is to evaluate the tendency to vaccinate in Portugal, investigating the propensity of parents of children up to 16 years old to vaccinate.

Therefore, for this, an observational, descriptive and cross-sectional study was carried out during June and July 2017 where parents of children up to 16 years old answered a questionnaire that was applied both to a social networks and internet level as well as to a community pharmacy level.

92 questionnaires were collected and 9,8% of the total analyzed has already delayed the administration of vaccines and 5,4% has refused vaccination as a whole. Regarding the National Program of Vaccination applied in Portugal, the majority feels that it is safe (90,2%), seeing that it is benefic and sufficient for the health and wellbeing of their children (84,8%). However, circa half of the population is concerned about the possibility of adverse effects (47,8%) and a significant part is apprehensive about the efficacy (31,5%) and safety (26,1%) of vaccines. Nevertheless, in the end, the great majority of the population (93,5%) is not hesitant about vaccinating their children.

It is concluded that, although the reality points to the existence of hesitation in vaccinating in Portugal, the data collected is not sufficient to quantify this matter. Thus, it is essential to carry out more in-depth studies to evaluate this issue and to circumvent a possible public health issue.

Key words: vaccination; hesitation; vaccine hesitancy; vaccine; Portugal

Índice

1. <u>INTRODUÇÃO</u>	8
1.1. <u>HESITAÇÃO EM VACINAR</u>	9
1.1.1. <i>Fatores envolvidos na aceitação da vacinação</i>	11
1.1.2. <i>Modelos desenvolvidos para a caracterização da vaccine hesitancy</i>	13
1.2. <u>POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS PARA ABORDAR A HESITAÇÃO EM VACINAR CRIANÇAS</u>	21
1.3. <u>A COMPLEXIDADE DA HESITAÇÃO EM VACINAR</u>	23
2. <u>MATERIAIS E MÉTODOS</u>	26
2.1. <u>DESENHO DO ESTUDO</u>	26
2.2. <u>POPULAÇÃO E AMOSTRA</u>	26
2.3. <u>QUESTIONÁRIO E FERRAMENTAS DE PESQUISA</u>	26
2.4. <u>QUESTÕES ÉTICAS</u>	27
2.5. <u>ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS</u>	27
3. <u>RESULTADOS E DISCUSSÃO</u>	28
3.1. <u>OPINIÃO SOBRE O PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO (PNV)</u>	29
3.2. <u>REAÇÕES ADVERSAS</u>	31
3.3. <u>RELAÇÃO COM O MÉDICO</u>	33
3.4. <u>VACINAS RECOMENDADAS E VACINAS FORA DO PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO</u>	34
3.5. <u>RELAÇÃO ENTRE GRAU DE HESITAÇÃO E FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE</u>	37
3.6. <u>RELAÇÃO ENTRE ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS FORA DO PNV E FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE</u>	38
4. <u>CONCLUSÃO</u>	39
5. <u>BIBLIOGRAFIA</u>	40
6. <u>ANEXOS</u>	43

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a vacina é uma preparação biológica cujo objetivo é melhorar a imunidade face a uma doença em particular. A vacinação teve o seu início há mais de 200 anos com Eduard Jenner e, desde então e até aos dias de hoje, têm-se verificado vários avanços, mudando o panorama das doenças infecciosas e permitindo a prevenção de várias patologias (1).

A imunização, ao longo dos anos, tem vindo a tornar possível o alcance de várias metas há muito ambicionadas, tais como: a erradicação da varíola, um feito considerado por muitos, um dos grandes triunfos da humanidade; a diminuição da incidência da poliomielite em 99%; a diminuição da incapacidade e morte por várias patologias como difteria, tétano, sarampo e meningite epidémica meningocócica. Todas estas conquistas se devem, em grande medida, aos benefícios da vacinação, como uma estratégia de Saúde Pública, com elevado sucesso e economicamente viável neste âmbito (2). É por este motivo que a vacinação é, muitas vezes, citada como uma das grandes conquistas da Saúde Pública, pois levou a uma diminuição substancial das taxas de mortalidade e morbilidade de doenças infecciosas (3,4).

A nível mundial, principalmente nos países desenvolvidos, estão implementados vários programas de vacinação, com diferenças entre eles, mas com um último objetivo comum, o de garantir o acesso à vacinação a todos, de forma igual (2).

Um exemplo é o Group Vaccine Action Plan (GVAP), um quadro aprovado pela World Health Association em 2012, cuja missão se encontra descrita de forma concreta: melhorar a saúde ao estender a todos, até 2020 e além, os benefícios da vacinação, independentemente da sua origem, entidade e local de residência (2).

Em Portugal está aplicado o Programa Nacional de Vacinação (PNV), um programa que se destina, de forma gratuita, a todos os cidadãos portugueses. No PNV recomendam-se vários esquemas vacinais diferentes que dependem da idade e do estado vacinal anterior, havendo esquemas que são específicos para grupos de risco e/ou circunstâncias especiais. O esquema atual recomendado tem, como objetivo, a obtenção da melhor proteção, na idade adequada para tal e o mais precocemente possível (**figura 1**) (5).

Vacina Doença	Idade											
	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					
<i>Streptococcus pneumoniae</i> ¹		Pn13 1	Pn13 2		Pn13 3							
<i>Neisseria meningitidis C</i>					MenC							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano ²								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa ³									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria ⁴								Td	Td	Td	Td	Td

¹ Pn13 - Aplicável apenas aos nascidos ≥2015

² HPV - Aplicável apenas a raparigas, com esquema 0, 6 meses

³ Tdpa - Aplicável apenas a grávidas, em qualquer idade. Uma dose em cada gravidez

⁴ Td - De acordo com a idade da pessoa, devem ser aplicados os intervalos recomendados entre doses, tendo como referência a data de administração da dose anterior. A partir dos 65 anos, recomenda-se a vacinação de todas as pessoas que tenham feito a última dose de Td há ≥10 anos; as doses seguintes são administradas de 10 em 10 anos

Figura 1 PNV: Esquema vacinal recomendado. Fonte: DGS

1.1. Hesitação em vacinar

As vacinas, ao contrário de outros medicamentos, conseguem atuar, simultaneamente, ao nível do indivíduo e da comunidade. Embora nenhuma vacina seja 100% eficaz (6,7), quando usada a uma ampla escala, como a nível comunitário, é possível eliminar ou erradicar doenças passíveis de serem prevenidas por via da vacinação. Porém, para que seja possível atingir e manter a imunidade a nível comunitário, é necessário alcançar altos níveis de vacinas administradas (6). Dependendo da patologia em causa, a percentagem de cobertura exigida para atingir e manter este nível de imunidade pode variar entre 30% e 95% (8). E é aqui que reside o principal entrave nesta temática.

Ao longo dos anos, a relutância ou, por vezes, a recusa à vacinação por parte de grupos ou indivíduos tem vindo a aumentar (3,8). Entre os determinantes deste comportamento destacam-se os motivos de origem religiosa, científica ou política (3). Em 2006, um estudo desenvolvido pela Academia Americana de Pediatria (AAP) revelou que 75% dos pediatras entrevistados já tinham contactado com pais que

recusaram a vacinação. Anos depois, em 2013, esta percentagem já tinha aumentado para 87%. Os médicos pediatras envolvidos neste estudo acreditam que o motivo principal para a recusa da vacinação por parte destes pais é a crença de que as vacinas são desnecessárias e, para além disso, podem levar a casos de autismo (8).

Embora a hesitação em vacinar seja um fenómeno que existe há já muitos anos, hoje em dia é considerado um importante problema de Saúde Pública pois, com a globalização, a transmissão e disseminação de doenças passíveis de vacinação, entre outros fatores, está mais facilitada (8).

Aliado a isto está o facto de, com a evolução e o aparecimento das novas tecnologias e da internet, se ter tornado mais fácil a partilha, a nível global, de inquietações e dúvidas à volta desta temática. Isto levou a um aumento do número de pessoas que questiona a eficácia e a necessidade da vacinação, buscando alternativas à mesma ou, muitas vezes, recusando-a (3); estando estimado que menos de 5 a 10 % dos indivíduos têm convicções fortes contra a vacinação (9). Contudo, dentro desta percentagem, uma porção significativa pode ser considerada como sendo simplesmente hesitante face à vacinação (10).

Foi assim que nasceu, o conceito de hesitação em vacinar – *vaccine hesitancy* –, e que tem vindo a ser merecedor de particular atenção por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) (6).

Com o intuito de avaliar esta problemática, o diretor-geral da OMS, em 1999, oficializou o *Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization*, grupo este que tem o propósito de orientar o trabalho de campo da OMS através do estudo e compilação da informação disponível sobre esta matéria, para depois ser discutida em reuniões bi-anuais (6,10).

Em junho de 2011, o SAGE foi confrontado com o facto de, mesmo não havendo provas da ocorrência de efeitos adversos após vacinação, a população sentia necessidade de mais provas de que a imunização é, efetivamente, segura e que foi provada como tal. Foi após estas e outras controvérsias que, em março de 2012, o SAGE organizou um grupo de trabalho dedicado apenas à hesitação em vacinar. Porém, esta técnica de avaliação desta temática apresentava uma limitação: este estudo foi desenvolvido numa altura em que a informação à volta da vacinação estava em crescimento, havendo muita controvérsia e muitas opiniões díspares, o que significava que era de extrema importância haver uma definição concreta e normalizada do conceito de hesitação em vacinar. É hoje consensual que o conceito de hesitação em

vacinar é complexo e dependente de vários determinantes que variam com a vacina em questão, a altura da toma da mesma e o contexto social em que o utente se encontra. Logo, para estudar este conceito deve-se ter em conta todos estes fatores envolventes, o que exige uma estratégia eficaz e um estudo minucioso (11).

Após uma investigação extensa, foi então definido o conceito de hesitação em vacinar como “um comportamento influenciado por um número de fatores, incluindo problemas de confiança, complacência e conveniência. O grupo de indivíduos hesitantes em vacinar é um grupo heterogéneo que possui vários graus de indecisão relativamente à vacinação ou a determinadas vacinas, em particular. Estes indivíduos podem aceitar todas as vacinas mas manterem-se preocupados com a vacinação no geral, enquanto outros podem recusar ou adiar algumas vacinas mas aceitar outras ou, no pior dos casos, outros podem recusar todas as vacinas” (3).

Dada a complexidade e sensibilidade deste tema, já foram desenvolvidos muitos estudos à volta deste fenómeno, originando vários modelos, teorias e medidas de ação, tudo com o objetivo de compreender, explicar e solucionar este problema que tem crescido ao longo dos anos, tornando-se um problema de Saúde Pública que merece especial atenção.

1.1.1. Fatores envolvidos na aceitação da vacinação

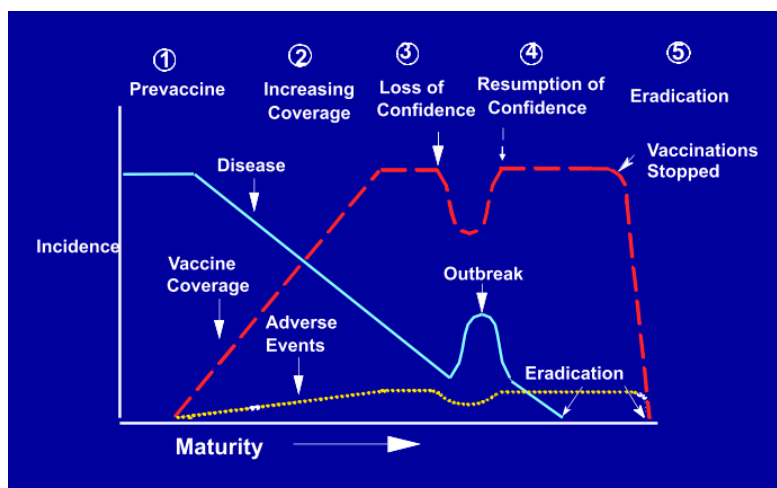


Figura 2 Evolução do programa de vacinação. Fonte: Chen RT, Orenstein WA. *Epidemiologic methonds in immunization programs. Epidemiol Rev.* 1996; 18(2): 102.

Em 1994, Chen *et al* desenvolveram uma teoria que explica a evolução da aceitação e da recusa da vacinação em função da introdução da vacina no mercado

(**figura 2**), pondo em evidência os fatores principais que devem ser considerados aquando da discussão desta temática (8).

Como exposto na **figura 2**, a incidência da doença é maior antes do desenvolvimento e implementação do programa de vacinação que visa a sua erradicação ou prevenção. Nesta fase, a população está motivada para aceitar a nova vacina para essa mesma doença, principalmente se a morbilidade e mortalidade associadas forem consideráveis. Após o desenvolvimento da vacina e de ser provada a sua eficácia, a população aceita a vacinação e a cobertura vacinal a nível da comunidade aumenta, levando a uma diminuição da incidência da doença (fase 2: aumento de cobertura) (8).

Contudo, à medida que a taxa de administração da vacina aumenta e atinge um pico, a incidência da doença diminui e o número total de efeitos adversos após vacinação aumenta. Se estes efeitos adversos são ou não devido à vacinação em si, é difícil de provar, porém, são estes efeitos adversos e a forma como são comunicados, que levam a uma diminuição da confiança por parte do indivíduo à medida que a população percebe o risco da vacinação, considerando que este supera o benefício da mesma (fase 3: perda de confiança) (8).

Consequentemente, esta fase pode levar a um aumento da recusa da vacinação e, em último caso, levar ao ressurgimento da doença ou mesmo a um *outbreak*. Nesta altura a população, ao perceber de novo a gravidade da doença, volta a dar reconhecimento à vacina e a aceitar a sua administração, levando, então, a um novo aumento da taxa de administração da vacina (fase 4: retomada de confiança). Nos casos raros em que a vacinação leva à erradicação da doença, a vacinação pode então terminar (fase 5: erradicação) (8).

Esta estrutura conceptual é aplicável a doenças para as quais o tempo entre exposição e infeção é curto, como é o caso do sarampo, tosse convulsa ou poliomielite, sendo menos aplicável para doenças em que tal não se verifica, como é o caso da vacina contra o vírus do papiloma humano (8).

No que respeita às preocupações e questões dos pais relativamente à vacinação e que podem levar à sua recusa, um estudo realizado nos Estados Unidos em 2009 com o objetivo de avaliar e descrever as atitudes e preocupações dos pais face à mesma, revelou que 44% reportaram preocupação relativamente à dor pós-vacinação quando as crianças levam várias vacinas numa só visita ao médico, 34% expressaram incerteza relativamente ao número elevado de vacinas necessárias e o facto de serem

administradas numa só visita, 26% encontravam-se preocupados com a possibilidade de desenvolvimento de autismo, 13,5% acreditavam que a vacinação podia levar ao desenvolvimento de doenças crónicas e, por fim, 13,2% contestava que as vacinas não eram testadas o suficiente antes de serem lançadas no mercado (12). Para além disto, este estudo mostrou ainda que a maioria dos pais hesitantes em vacinar demonstram problemas de confiança nos profissionais de saúde e no Governo, para além de questionarem todos os agentes envolvidos na produção e venda de vacinas, acabando por recorrer a métodos alternativos e complementares à medicina (8).

1.1.2. Modelos desenvolvidos para a caracterização da vaccine hesitancy

Vários modelos foram desenvolvidos com o intuito de avaliar, explicar e caracterizar a *vaccine hesitancy* e todos os fatores e determinantes que a influenciam.

I) Modelo conceptual da hesitação em vacinar (Figura 3)

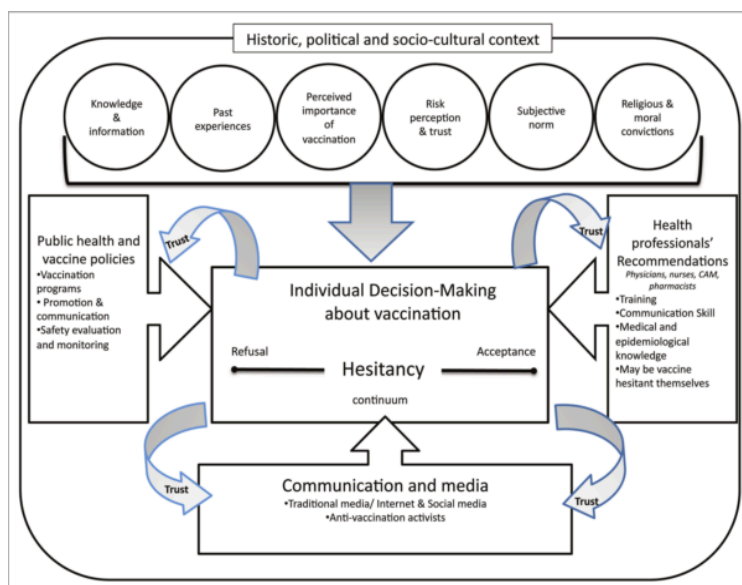


Figura 3 Modelo Conceptual da Hesitação em Vacinar. Fonte: Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Julie A, et al. *Vaccine hesitancy: An overview. Hum Vaccin Immunother.* 2017;5515(May)

Este modelo mostra a relação de três domínios que interagem e podem levar à hesitação em vacinar a nível individual (10).

Através deste modelo é possível observar que a hesitação em vacinar é um comportamento individual, influenciado por uma variedade de fatores, incluindo o conhecimento adquirido e as experiências passadas. Por sua vez, estes fatores vão ser

influenciados pela confiança depositada no sistema de saúde envolvido na produção, administração e venda de vacinas (10). Como um todo, este modelo vem provar a complexidade deste tema e a sensibilidade necessária para o abordar.

É reconhecido que os indivíduos com hesitação face à vacinação constituem um grupo heterogéneo, no qual se podem identificar vários tipos de atitudes e perfis:

- i) Gust e colaboradores identificaram cinco tipos de atitudes parentais relativamente à vacinação (em ordem decrescente de positivismo): os defensores da imunização, os conformistas, os defensores da saúde, os ambivalentes e os preocupados.
- ii) Keane e colaboradores identificaram quatro tipos de perfis a nível parental: os crentes na vacinação, os cautelosos, os despreocupados e os não convencidos relativamente ao tema;
- iii) Por fim, Benin e colaboradores, baseando-se em atitudes e ações de mães, dividiram a população em quatro grupos: os aceitantes, os hesitantes relativamente à vacinação, os que vacinam tardiamente e os que rejeitam a vacinação por completo (10).

Seguidamente, apresentamos algumas teorias que suportam cada fator envolvido neste modelo e a forma como podem influenciar, ou não, a aceitação da vacinação por parte do indivíduo e da comunidade.

a) Desafios no processo de definir vaccine hesitancy

Visto que estes modelos foram desenvolvidos após estudos ao nível do indivíduo dado que, a nível da sociedade, é necessário ter em conta as influências de âmbito político, religioso, social e individual, torna-se difícil ter uma imagem clara e transparente de todas as possíveis atitudes e crenças a nível da vacinação ou não. Contudo, a base comum a todos estes modelos é que a predisposição para e crença na vacinação pode ir da aceitação completa à rejeição completa de todas as vacinas no geral. No meio deste *continuum* está o grupo heterogéneo de indivíduos apenas hesitantes em vacinar; grupo este que é bastante difícil de caracterizar pois a hesitação pode ser devido ao tipo de vacina envolvida ou devido a novas vacinas (10).

b) Possíveis causas de hesitação em vacinar

É de extrema importância considerar o contexto histórico, político e socio-cultural aquando do estudo desta temática, pois diferentes fatores podem influenciar o processo de tomada de decisão relativamente à vacinação (10).

c) O papel dos media e da comunicação

Muitos estudos apontam para os efeitos negativos que a informação veiculada pelos organismos da comunicação social têm relativamente ao tema “vacinação”. Com o aparecimento dos *new media*, em particular da internet, abriu-se todo um mundo de oportunidades para os grupos anti-vacinação exporem os seus pontos de vista e fazerem a sua “propaganda”, o que pode ter contribuído para uma rápida disseminação de mitos, rumores e crenças pouco precisas, pouco rigorosas e sem fundamento científico sólido relativamente às vacinas, o que contribuiu para uma diminuição da aceitação das mesmas. Para além disto, a internet também tornou possível a partilha de experiências pessoais com vacinas (10), frequentemente descontextualizadas.

Estudos mostram que indivíduos que adiam ou recusam a vacinação têm maior probabilidade de ter adquirido informação relativamente ao tema na internet (10,13).

d) O papel da saúde pública e políticas da vacinação

No século XX, os programas de vacinação foram reconhecidos como uma das intervenções em Saúde Pública mais eficazes a nível económico e o aparecimento de novas vacinas era sempre bem-vindo e aceite por parte dos profissionais de saúde. Contudo, ao longo dos últimos anos tem havido um aumento do número de novas vacinas licenciadas e comercializadas no mercado. Isto contribuiu para novas controvérsias relativamente à inclusão das mesmas nos programas de vacinação ou o uso de novos esquemas de vacinação. Muitas vezes isto devia-se a questões que se prendem com a eficiência, ou seja, com aspetos da mais valia económica da introdução destas vacinas nos programas. Consequentemente, e por ser insuficientemente esclarecido, isto contribuiu para um aumento da perceção negativa da relevância destas mesmas vacinas (10).

Com o objetivo de atingir um nível de vacinação elevado, alguns países tornaram obrigatório por lei a vacinação de crianças antes do ingresso na escola (10).

Em Portugal, em termos de obrigatoriedade de vacinação, segundo o Decreto-Lei nº 44198 de 20 fev 1962, DG I série nº 88 de 20 de fevereiro de 1962, apenas a vacinação antidiftérica e antitetânica é obrigatória em todos os indivíduos domiciliados no País. As restantes vacinas que constam no PNV são apenas recomendadas.

e) O papel dos profissionais de saúde

A interação paciente/profissional de saúde é a base para a construção de uma forte confiança por parte do primeiro. O conhecimento e atitudes perante a vacinação por parte dos profissionais de saúde são um importante determinante da aceitação da vacinação por parte da população e a intenção dos mesmos de recomendar a vacinação (10).

f) Processo de tomada de decisão a nível individual

A tomada de decisão a nível individual está relacionada e, de certa forma, dependente do estatuto sócio-cultural do indivíduo, das suas circunstâncias sociais e experiências pessoais. Contudo, embora haja esta dependência a nível singular, é possível encontrar algumas semelhanças entre indivíduos nos determinantes para a tomada de decisão (10).

g) Conhecimento/informação relativamente à vacinação

Muitas vezes a decisão de vacinar ou não está relacionada com a ausência de informação relativamente ao momento, ao local e a quem deve administrar as vacinas ou até com a perceção de que a informação possuída é suficiente, sendo, muitas vezes, o contrário. Contudo, a proporcionalidade entre nível de conhecimento e informação e a tendência para a vacinação não é muito clara e nem sempre está bem estabelecida. Vários estudos vieram já provar exatamente isto: em comparação com os pais que recusam vacinar os seus filhos, pais que optam por vacinar, geralmente, têm conhecimento limitado relativamente a este tema (10,14). Estes mesmos estudos vieram mostrar que a decisão dos pais foi tomada com base em conformidades ou

recomendações e não baseado em informação e conhecimento específico sobre vacinas e as doenças passíveis de serem prevenidas pela vacinação (10).

h) Experiências passadas com vacinação

A taxa de aceitação e de administração de vacinas pode ser influenciada pela acessibilidade às mesmas e pela perceção de conveniência das mesmas por parte dos pais, tal como pela qualidade do serviço de administração. Para além disto, experiências pessoais podem influenciar decisões futuras e, neste caso, temos como exemplo o medo de agulhas ou mesmo a dor após a administração (10).

i) Perceção da importância da vacinação na manutenção de uma vida saudável

Muitos estudos têm vindo a provar que indivíduos que recusam a vacinação ou são hesitantes face à mesma, por norma, partilham o mesmo ponto de vista relativamente à saúde e aos cuidados para manter a mesma (por exemplo, preferência por aquisição de imunidade de forma natural, a ideia de que as doenças passíveis de serem prevenidas pela vacinação são necessárias para a construção de um sistema imunitário forte, ou, por exemplo, a ideia de que é possível controlar a exposição a estas mesmas doenças) (10,15).

Outros estudos demonstraram que, em alguns casos, a hesitação ou recusa em vacinar os filhos advém do facto de os pais não concordarem com o número de vacinas, as doses das mesmas e ainda a idade precoce a que as crianças as devem tomar (10,16).

j) Percepções de risco

Um estudo levado a cabo por Brewer e colaboradores (17) veio dar forte evidência ao facto de as percepções de risco serem preditores do comportamento do adulto relativamente à vacinação. Foi então identificado que, em saúde, as percepções de risco são abordadas em duas dimensões: 1) a probabilidade de dano se não forem tomadas medidas (*perceived vulnerability*); 2) a severidade da consequência se o dano ocorrer.

Para além disto, as percepções de risco podem influenciar a decisão de vacinar, ou não, de duas formas: 1) o reconhecimento da existência de um risco na aquisição de

uma doença passível de prevenção por vacinação pode estimular a predisposição à vacinação; 2) o reconhecimento da existência de riscos em vacinar os filhos pode contribuir para uma recusa para fazer o mesmo (10).

Esta questão é ainda agravada pelo facto de a vacinação ser administrada como profilaxia a indivíduos saudáveis e pelo facto de os riscos (reais ou hipotéticos) serem visíveis, enquanto que os benefícios são mais difíceis de observar pela perspectiva do indivíduo saudável (10).

É importante ainda referir o facto de a opção para não vacinar ser reversível e o oposto não se verificar, i.e. depois de vacinar, não é possível voltar atrás, o que pode influenciar o processo de tomada de decisão (10).

Tem-se vindo ainda a perceber que as percepções de risco advêm, principalmente, de experiências passadas ao invés de informação científica. Muitas vezes esta percepção de risco pode ainda estar dependente da confiança do indivíduo nos profissionais de saúde, no governo e/ou instituições de saúde pública (10).

l) Normas subjetivas e pressão e responsabilidade social

O facto de a vacinação ser vista como uma norma social é um ponto que pode incentivar a aceitação da vacinação e aumentar então a sua administração. Para além disto, esta mesma norma pode resultar numa pressão social para aceitar a vacinação (10), com efeitos contraproducentes nalguns grupos de indivíduos.

m) Convicções morais e religiosas

Muitas vezes a rejeição em vacinar os filhos está aliada a crenças filosóficas ou morais relativamente à saúde e imunidade (por exemplo, a preferência por “natural” em detrimento de “artificial”), ou mesmo convicções religiosas (protestantes ortodoxos). Contudo, o processo de decisão para a vacinação é, como já foi referido, um processo complexo e com várias dimensões, para o qual já foram identificadas diversas barreiras: medo de efeitos secundários, crenças relativamente à eficácia e utilidade das vacinas, falta de confiança no racional e motivos subjacentes à vacinação... (10).

II) Modelo dos três C's (Figura 4):

Foi após o desenvolvimento da definição do conceito de *vaccine hesitancy* que foi proposto o modelo dos três C's (Figura 4), modelo este que destaca os problemas de confiança, complacência e conveniência referidos anteriormente, explicando-os (6,18).

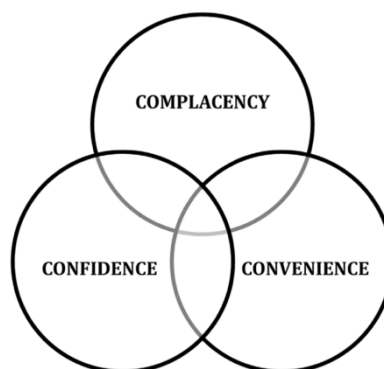


Figura 4 Modelo dos três C's. Fonte: Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy

A parcela “confiança” que consta no modelo define-se como a confiança em (i) a eficácia e segurança das vacinas; (ii) todo o sistema envolvido na produção e venda de vacinas, incluindo a competência dos profissionais e dos serviços de saúde; (iii) os motivos da entidade envolvida na regulamentação que decide a necessidade ou não da vacinação (6,18).

Já a “complacência” refere-se a situações em que o risco de desenvolvimento de doenças passíveis de prevenção pela vacinação é baixo, sendo assim encarado que a vacinação é uma ação preventiva desnecessária. Este conceito é ainda influenciado por vários fatores como: outras responsabilidades ao nível da saúde e estilo de vida que parecem mais importantes que a vacinação em si. Porém, o sucesso do programa de vacinação pode, juntamente com outros fatores, resultar em complacência e, em último caso, em hesitação, visto que a população faz um balanço entre os riscos da vacinação com uma vacina em concreto e a perceção da probabilidade da doença a ser prevenida por essa mesma vacina (6,18).

Por fim, “conveniência” é a inclinação para a vacinação, sendo um fator de elevada importância quando a taxa de vacinação é afetada pela disponibilidade, capacidade económica, acessibilidade geográfica, capacidade de comunicação (língua e literacia) e qualidade do serviço de administração (6,18).

III) Matriz de determinantes da hesitação em vacinar (Figura 5):



Figura 5 Matriz de determinantes da vaccine hesitancy. Fonte: Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy

Para além do modelo dos três C's, foi ainda desenvolvida uma matriz de determinantes da hesitação em vacinar (**Figura 5**). Esta matriz agrupa, em três categorias, os fatores que podem influenciar a hesitação em vacinar. Estas três categorias são: contextuais, individuais e de grupo e influências específicas da vacina (3,6).

No grupo dos fatores contextuais estão incluídos os desenvolvidos por motivos históricos, socioculturais, ambientais, institucionais, económicos ou políticos. Alguns exemplos são: (i) influência dos *media*; (ii) barreiras geográficas; (iii) ideologias políticas, económicas e religiosas (3,6).

Relativamente aos fatores a nível do indivíduo ou de um grupo, estes são os desenvolvidos via uma perceção da vacinação a nível individual ou de um grupo. Como exemplos temos: (i) experiências de outros familiares, amigos ou conhecidos com vacinas, incluindo a dor; (ii) conhecimento; (iii) crenças e atitudes perante a saúde e prevenção (3,6).

Por fim, o grupo de influências específicas da vacina é o que está diretamente relacionado com a vacina em si, como por exemplo: (i) relação risco/benefício; (ii) método de administração; (iii) implementação de uma nova formulação no mercado; (iv) custos; (v) programa de vacinação (3,6).

Esta matriz inclui fatores derivados de variadas fontes extensamente analisadas e estudadas pelo grupo de trabalho do SAGE que têm vindo a ajudar a perceber um pouco melhor e a um nível mais profundo este conceito de hesitação em vacinar e possíveis aspetos que podem ser trabalhados para diminuir a sua incidência e, possivelmente, levar a melhorias ao nível da Saúde Pública (3,6,18).

1.2. Possíveis estratégias para abordar a hesitação em vacinar crianças

À medida que a medicina e a ciência têm vindo a evoluir, com isto tem também crescido a atenção e o cuidado à volta da hesitação em vacinar e em como atuar, tanto a nível dos países desenvolvidos, como daqueles em desenvolvimento. Tem vindo a ser provado e demonstrado que na América do Norte, na Europa e noutras partes do mundo a hesitação em vacinar tem vindo a aumentar e os movimentos anti-vacinação têm vindo a ganhar mais voz e mais força (19).

Como estratégia de incentivo à vacinação, as medidas tomadas têm-se baseado em grande parte na esperança de que indivíduos hesitantes cederiam se lhes fosse posto à disposição a informação adequada; ou seja, uma estratégia baseada na “deficiência de informação”. Contudo, a investigação à volta da aceitação da vacinação tem vindo a evidenciar que a tomada de decisão e todo o processo envolvido neste passo é muito mais complexo e pode envolver fatores emocionais, culturais, sociais, espirituais ou políticos (19), o que torna este tema muito mais sensível, exigindo uma estratégia mais cuidada e adaptada à sensibilidade do tópico.

A nível global, a maior parte das estratégias adotadas tinham como objetivo principal educar e informar o indivíduo sobre a vacinação através de intervenções escritas em formato pequeno (por exemplo, panfletos) (19).

Embora alguns estudos tenham demonstrado a existência de um aumento estatisticamente significativo da aceitação da vacinação, os dados e informação recolhidos eram inconsistentes e, na maioria dos casos, a evidência era de qualidade baixa a moderada (19,20).

Outra estratégia já adotada e estudada envolvia os meios de comunicação social para informar e educar a sociedade sobre os benefícios e a importância da vacinação. Os autores deste estudo concluíram que recorrendo a mensagens escritas, endereços da internet de campanhas de vacinação e lembretes informatizados, entre outros, a aceitação e taxa de administração de vacinar aumentou. Porém, a evidência não era suficiente para avaliar a eficácia do uso de redes sociais, comunicação via e-mail e aplicações para smartphone para o mesmo fim (19,21).

Os incentivos, como recompensa, foram outra estratégia também já estudada, recorrendo, por exemplo, a ofertas de cartões oferta, *vouchers*, artigos de bebé, provisões de vacinação sem custos acrescidos, entre outros, como é o caso de incentivos monetários. Wigham *et al.* estudaram a eficácia, aceitação e custo económico destes últimos incentivos ao nível dos países mais desenvolvidos a nível económico e concluíram que a evidência apresentada não era suficiente para demonstrar que os incentivos e restantes intervenções a este nível eram medidas eficazes para aumentar a taxa de aceitação e administração de vacinas (19).

Foi ainda adotado como estratégia o requisito e a exigência de ter a vacinação em dia aquando da admissão nas escolas, estratégia esta que se mostrou eficaz no aumento da aceitação e taxa de administração de vacinas nos países desenvolvidos. Todavia, esta estratégia não aborda nem resolve o problema base da hesitação e recusa em vacinar. Já nos países em desenvolvimento, o facto de ser obrigatório ter as vacinas em dia para admissão numa escola é um entrave para o acesso à educação primária. Logo, tendo isto em conta, tornar obrigatória a vacinação para assim ter acesso à educação é uma estratégia que deve ser adotada com grande cuidado, pois o impacto de consequências negativas pode superar possíveis benefícios, tais como, o aumento da taxa de vacinação (19).

Relativamente às campanhas em massa para a promoção da vacinação, estudos demonstram que estas podem incentivar uma atitude mais positiva relativamente a esta temática e, consequentemente, aumentar a taxa de imunização (19).

Tendo tudo isto em conta, o grupo de trabalho de SAGE enfatiza a importância de compreender os problemas e as dúvidas específicas dos vários grupos e tipos de indivíduos hesitantes em vacinar visto que é mais provável conseguir várias intervenções adaptadas a cada grupo ao invés de uma única intervenção conseguir chegar a todos de forma igual. É ainda de extrema importância avaliar o impacto e o

nível de aceitação das estratégias adotadas para aumentar a taxa de aceitação e administração de vacinas (19).

1.3. A complexidade da hesitação em vacinar

Após o extenso trabalho realizado, em especial, pelo grupo de trabalho de SAGE, foram emitidas recomendações finais que podem ser agrupadas em três categorias: 1) a primeira categoria está relacionada com a grande necessidade de aumentar o conhecimento do conceito de hesitação em vacinar, os seus determinantes e a natureza da rápida mutação e mudança dos desafios que esta hesitação implica na sociedade e a nível de Saúde Pública; 2) a segunda foca-se nas estruturas e capacidade organizacional necessária para diminuir a hesitação em vacinar e aumentar os níveis de aceitação tanto a nível global como a nível nacional e local; 3) por fim, a terceira categoria, incide tanto na partilha de lições baseadas em experiências de vários países, como no desenvolvimento, validação e implementação de novas técnicas para abordar a temática da hesitação em vacinar. (22)

Ao analisar e estudar esta temática, é evidente que se trata de um tema de natureza complexa (22) e que apresenta vários desafios na sua definição (10), sendo óbvio que, para conseguir intervir de forma bem-sucedida, abordando a hesitação em vacinar como um todo e em todas as suas circunstâncias, uma única estratégia não é suficiente. É necessário um reconhecimento prévio da magnitude e configuração da problemática, bem como um diagnóstico da origem da mesma. A isto segue-se uma identificação e adoção de estratégias baseadas em evidências para lidar com o problema que está na base desta temática e, por fim, uma subsequente avaliação e monitorização para investigar em que medida a hesitação em vacinar pode ter melhorado. Em suma, é evidente que a hesitação em vacinar está ligada e associada a vários co-fatores, fazendo desta questão uma questão bastante complexa, cuja resolução exige um cuidado especial e atenção redobrada. (22)

Porém, mesmo existindo grupos de trabalho e organizações dedicadas ao estudo desta temática na tentativa de encontrar soluções, a frequência e número de pais que recusam ou adiam a vacinação, por motivos não relacionados com a medicina, tem vindo a aumentar de forma dramática, o que apresenta uma ameaça para a imunidade já

alcançada a nível comunitário e um aumento do risco de incidência de doenças passíveis de vacinação (4).

A imunidade já alcançada a nível comunitário é de elevada importância pois reflete os avanços conquistados com a vacinação, significando que pessoas suscetíveis a serem afetadas por uma dada doença estão protegidas visto que uma proporção considerável da população está protegida pela imunização. A imunidade a este nível é ainda mais importante no caso de crianças que não reúnem condições para serem vacinadas por motivos médicos, ou no caso de crianças demasiado novas para serem administradas certas e determinadas vacinas e dependem da imunidade dos outros para estarem protegidas (4).

Um dos aspetos relevantes no que concerne à hesitação em vacinar é o facto de, por haver uma diminuição da incidência de várias doenças devido à vacinação, aos olhos de uma parte da população a vacinação torna-se desnecessária, levando à complacência. Para além disto, estas mesmas pessoas acreditam frequentemente que a doença, se está controlada, não é devido à vacinação, mas sim devido à higiene sanitária, que tem evoluído ao longo dos anos e acreditam ainda que a vacinação é anti-natural, sendo que a forma intrínseca ao ser humano de desenvolver imunidade é ser infetado pela doença em si (7).

O aumento da incidência de doenças passíveis de vacinação apresenta uma ameaça ao nível da Saúde Pública, daí ser imperativo um conhecimento mais profundo da temática da hesitação face à vacinação, avaliando possíveis motivos e maneiras de intervir para, assim, diminuir esta nova tendência por parte dos pais para a não vacinação das crianças (4).

Contudo, o problema à volta da hesitação em vacinar vai muito para além da recusa em vacinar, pois isto representa apenas a ponta de um grande *iceberg* de adiamento e hesitação na vacinação (7).

Ao longo do seu estudo, o Grupo de Trabalho deparou-se com algumas dificuldades ao abordar esta questão: (i) falta de dados relativamente à magnitude da hesitação em vacinar; (ii) falta de instrumentos validados e padronizados para abordar e medir taxas de hesitação em vacinar; (iii) muitos estudos não definem a hesitação em vacinar na população, medindo apenas a taxa de administração de vacinas e sua variação, não avaliando se a intervenção teve algum impacto na hesitação (22).

Consequentemente, no futuro, quando abordando este tema e com o intuito de ultrapassar a escassez de informação, o portfólio de pesquisa necessita de ser mais

amplo para, assim, ser possível abranger as múltiplas faces deste fenómeno, tanto a nível individual como a nível comunitário, num esforço multidisciplinar para reduzir os níveis de hesitação em vacinar e assegurar que a vacinação ocorre como padronizado pela melhor evidência científica vigente. (22)

O conhecimento e estudo deste tema deve ter como base o contexto histórico, político e sociocultural em que a vacinação se apoia e é ainda importante encontrar forma de contornar a hesitação em vacinar, tendo sido já aconselhado por peritos algumas formas de o fazer: transparência no processo político de estabelecimento dos programas de vacinação; promover a educação e informação ao público e profissionais de saúde sobre o processo que leva à concessão, ou não, da AIM a uma vacina e a sua inclusão, ou não, no PNV. É ainda igualmente essencial dar importância e ênfase às questões da população e compreendê-las (10).

Contudo, dado que se trata de um assunto de elevada sensibilidade e complexidade, é necessário continuar a investigação desta temática para assim a compreender melhor (10).

Considerado um problema de Saúde Pública emergente e de elevada complexidade, urge uma maior investigação à volta desta questão, principalmente no que toca à sua prevalência, fatores determinantes, estratégias de intervenção e prevenção eficazes, sobretudo em países de médio e baixo nível socioeconómico, não descurando países de elevado nível socioeconómico (22).

Tendo tudo isto em conta, como vai ser apresentado, o nosso grupo de trabalho optou por avaliar a tendência dos pais para vacinar crianças com menos de 16 anos em Portugal através da realização de um estudo descritivo transversal, recorrendo à aplicação de questionários.

2. Materiais e Métodos

2.1. Desenho do Estudo

Foi realizado um estudo observacional, descritivo e transversal durante os meses de Junho e Julho de 2017.

2.2. População e Amostra

A população alvo foram pais com filhos com menos de 16 anos de idade. A dimensão mínima da amostra, estimada para um erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%, foi de 400 pais, estando. Esta monografia, tratando-se de um estudo piloto, apresenta a análise das respostas de 92 pais.

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão e critérios de exclusão:

- ⇒ Critérios de inclusão: pais de crianças com menos de 16 anos
- ⇒ Critérios de não inclusão: pessoas que não falam português; não residentes em Portugal

Indivíduos que respeitassem estes critérios participaram neste estudo e, após serem informados do objetivo deste trabalho de campo, foram encorajados a responder ao questionário de forma anónima.

2.3. Questionário e Ferramentas de Pesquisa

O estudo decorreu mediante a disponibilização de um questionário eletrónico, elaborado em *Google Forms* e distribuído através de plataformas de redes sociais (**Anexo I**) tendo por base a escala “*Parent Attitudes about Childhood Vaccines*” (**Anexo II**) de Roberts e colaboradores.

Com o objetivo de dar resposta à questão de investigação deste estudo, foi desenvolvido um breve questionário para caracterização sócio-demográfica da amostra.

O questionário foi aplicado tanto a nível das redes sociais e da internet como em farmácias comunitárias.

2.4. Questões Éticas

Aprovação ética não foi solicitada visto que a informação recolhida não era pessoal e não incluiu a identificação do indivíduo nem os seus dados demográficos. O questionário aplicado foi anónimo e os participantes tinham total liberdade de recusar a participação.

Tendo isto em conta, os princípios éticos da prática da pesquisa, incluindo o anonimato e a confidencialidade, foram respeitados.

2.5. Análise e Tratamento de Dados

Os dados foram tratados e organizados recorrendo ao programa Microsoft® Excel para Mac versão 15.32 de 2017. Para análise estatística, recorreu-se ao programa IBM SPSS® Statistics, versão 24.

3. Resultados e Discussão

Os principais dados sociodemográficos estão representados na **Tabela 1**. A população inquirida tinha, em média, 38,07 anos, variando entre 27 aos 50 anos. A maioria encontra-se casado(a) ou em união de facto (87%) sendo que os restantes são divorciados (4,3%) ou solteiros (7,6%). Da população respondente a este trabalho de campo, 92,7% eram do sexo feminino e 7,3% do sexo masculino. Uma elevada proporção da amostra (87%) frequentou o ensino superior ou tem um mestrado, enquanto que 5,4% é doutorada e 7,6% tem um nível de escolaridade igual ou inferior ao 12º ano. Quando inquiridos se tinham formação na área da saúde, 21,7% dos inquiridos responderam não tem formação e os restantes 78,3% têm.

Tabela 1 Principais Dados Sociodemográficos

Amostra ($n = 92$)	
	Média (Desvio Padrão)
Idade (anos)	38,07 (5,300)
	n (%)
Sexo	
Feminino	51 (92,7%)
Masculino	4 (7,3%)
Estado civil	
Casado(a)/União de facto	80 (87,0%)
Divorciado(a)	4 (4,3%)
Solteiro(a)	7 (7,6%)
Nível de Escolaridade	
Doutoramento	5 (5,4%)
Ensino Superior/Mestrado	80 (87,0%)
Inferior ou Igual ao 12º ano	7 (7,6%)
Formação na Área da Saúde	
Sim	72 (78,3%)
Não	20 (21,7%)
	Moda (min; máx)
Número de filhos	1 (1; 4)
Idade do filho mais novo (anos)	2 (0; 16)

No que se refere ao adiamento e não administração de vacinas, como apresentado na **Tabela 2**, apenas 9,8% da população já adiou a administração de vacinas devido a circunstâncias que não a existência de doença.

Comparando com a informação descrita na literatura, que demonstra que se tem vindo a verificar um aumento na hesitação em vacinar ao longo dos anos (3,8) por motivos ou de origem religiosa, ou política ou científica (3), os resultados apresentados no caso concreto do nosso estudo são positivos uma vez que 90,2% não adiou a administração de vacinas aos seus filhos, como descrito na **Tabela 2**.

Um estudo desenvolvido pela Academia Americana de Pediatria (AAP) em 2006 revelou que 75% dos pediatras entrevistados já contactaram com pais que recusam a vacinação e um questionário realizado em 2013 no âmbito do mesmo estudo refletiu um aumento desta percentagem para 87%. Num intervalo de 7 anos a percentagem de pais que recusa uma ou mais vacinas aumentou de 9,1% para 16,7% (8).

Tabela 2 *Adiamento vs Não administração de vacinas*

Amostra (n = 92)	
	n (%)
Alguma vez adiou a administração de vacinas aos seus filhos por outro motivo que não fosse eles estarem doentes?	
Sim	9 (9,8%)
Não	83 (90,2%)
Algum vez decidiu não administrar vacinas aos seus filhos por outro motivo que não fosse eles estarem doentes?	
Sim	5 (5,4%)
Não	87 (94,6%)

Em termos de recusa por completo da vacinação, podemos ver na **Tabela 2** que a percentagem de pais que respondeu afirmativamente (5,4%) é inferior à dos que simplesmente adiaram a vacinação dos seus filhos (9,8%), facto aquele que podemos considerar como um comportamento num sentido positivo, revelado pela menor proporção de pais que recusa a vacinação em relação aos que a adiam.

3.1. Opinião sobre o programa nacional de vacinação (PNV)

Relativamente à opinião dos pais sobre o Programa Nacional de Vacinação, as várias questões colocadas permitiram-nos fazer uma avaliação mais realista da situação em concreto.

Tabela 3 Opinião sobre o PNV

	Amostra (n = 92)		
	n (%)		
	<i>Nada seguro</i>	<i>Não tenho a certeza</i>	<i>Completamente seguro</i>
O atual esquema de vacinação é a melhor opção para a saúde do meu filho	4 (4,4%)	5 (5,5%)	83 (90,2%)
	<i>Concordo completamente</i>	<i>Não tenho a certeza</i>	<i>Discordo completamente</i>
As crianças levam mais vacinas do que o que seria benéfico para a saúde delas.	4 (4,3%)	10 (10,9%)	78 (84,8%)
Acredito que a maioria das doenças que as vacinas previnem/evitam são doenças graves.	77 (83,7%)	4 (4,3%)	11 (12%)
É melhor para o meu filho ir adquirindo imunidade com as doenças, do que levar vacinas.	3 (3,3%)	3 (3,3%)	86 (93,5%)
É melhor para as crianças levarem menos vacinas ao mesmo tempo.	21 (22,8%)	24 (26,1%)	47 (51,1%)

Como apresentado na **Tabela 3**, a maioria dos inquiridos sente-se seguro perante o atual esquema de vacinação (90,2%) que considera ser suficiente e benéfico para a saúde dos seus filhos (84,8%) e concorda que a maioria das doenças prevenidas/evitadas pela vacinação são doenças graves (83,7%).

Constata-se ainda que uma percentagem considerável dos inquiridos (93,5%) não concorda que o melhor para o seu filho seja ir adquirindo imunidade com as doenças em vez de levar vacinas, como exposto na **Tabela 3**.

Ainda como descrito na **Tabela 3**, a maioria da amostra (51,1%) refere considerar que o número vacinas administradas aos seus filhos (ao abrigo do PNV) não

é elevado. Em posição contrária, 22,8% considera que as crianças deviam levar menos vacinas.

Ao analisar estes resultados, é, de certa forma, evidente que um dos problemas apontados ao Programa Nacional de Vacinação pela população estudada é o elevado número de vacinas administradas num dado período de vida da criança. Um estudo desenvolvido em 2009 nos Estados Unidos veio demonstrar exatamente isto: 21,9% dos pais concordam parcial ou totalmente que o número elevado de vacinas é preocupante por poder interferir com o sistema imunitário da criança. Uma proporção considerável (42,2%) declarou que se sentia mais confortável se o número de vacinas administrado numa ida ao médico fosse entre uma a duas vacinas enquanto 33,6% declarou três a quatro vacinas, contrastando com a pequena porção (22,5%) que administraria a quantidade indicada pelo médico independentemente do número de vacinas (8,12).

Para além disto, estudos desenvolvidos junto dos pais têm vindo a demonstrar, com alguma consistência, que o adiamento ou a recusa da vacinação advém, em grande parte, do elevado número de vacinas a administrar e do facto de o ter de ser nos primeiros meses de vida dos filhos (23).

3.2. Reações adversas

Após uma avaliação dos resultados obtidos (**Tabela 4**) em relação à aplicação de questões referentes às reações adversas de vacinas, podemos constatar que a população se divide entre “nada preocupado” e “muito preocupado”, mostrando alguma hesitação à volta desta questão.

Quanto à possibilidade de ocorrência de reações adversas, o resultado, exposto na **Tabela 4** não é conclusivo dada a divisão quase equitativa entre “preocupado” e “não preocupado” (47,8%/44,8%).

Contudo, em relação à segurança das vacinas, já é possível detetar, também na **Tabela 4**, uma maioria (68,5%) de pais que não se encontram preocupados com a mesma, em contraposição com os 26,1% que se preocupam e questionam a segurança das vacinas; verificando-se o mesmo no que toca à eficácia da vacinação: 63,1% não se encontram preocupados enquanto 31,5% demonstram alguma preocupação.

Tabela 4 Preocupação face a possíveis reações adversas

Amostra (n = 92)			
<i>Por favor assinale a opção que melhor descreve o seu grau de preocupação em relação:</i>			
	n (%)		
	<i>Nada preocupado</i>	<i>Não tenho a certeza</i>	<i>Muito preocupado</i>
À possibilidade do seu filho ter uma reação adversa grave a uma vacina.	44 (47,8%)	4 (4,4%)	44 (47,8%)
A que qualquer uma das vacinas administradas às crianças não seja segura.	63 (68,5%)	5 (5,4%)	24 (26,1%)
A que a vacina não seja eficaz na prevenção da doença a que se destina.	58 (3,3%)	5 (5,4%)	29 (31,5%)

Em comparação com o que descrito na literatura em países como os Estados Unidos da América, o resultado obtido no presente estudo, relativamente à preocupação face à possibilidade de desenvolvimento de efeitos adversos após a vacinação, já era, de certa forma, previsível dada a influência da polémica mundial à volta da administração de vacinas e a relação da mesma com o desenvolvimento de autismo (8,12).

No que se refere aos níveis de preocupação face à segurança das vacinas como meio de prevenção de certas doenças, o valor apresentado pela amostra em estudo (26,1%) é inferior ao de alguns países europeus como demonstrado num estudo realizado em 2015 via aplicação de um questionário em 67 a uma escala mundial. Neste questionário foi avaliado o nível de concordância relativamente a quatro afirmações referentes à vacinação (“a administração de vacinas é importante para as crianças”, “de um modo geral concordo que as vacinas são seguras”, de um modo geral concordo que as vacinas são eficazes” e “a vacinação é compatível com as minhas crenças religiosas”) via aplicação de uma escala de 1 a 5 (discordo completamente, discordo, não tenho a certeza, concordo, concordo completamente). Por exemplo, França apresentou um nível preocupação face à segurança das vacinas superior (45,2%). Contudo o mesmo não se verifica relativamente aos níveis de preocupação face à eficácia da vacinação, onde o valor apresentado (31,5%) é superior ao existente em alguns países europeus como

Itália (18,7%) e Bósnia e Herzegovina (27,3%) que contam no mesmo estudo mundial acima descrito (24).

Globalmente, ao longo dos anos tem-se vindo a verificar um aumento de grupos de pais que resistem à vacinação no geral ou à administração de vacinas específicas aos seus filhos. Mostram-se hesitantes face à possibilidade de desenvolvimento de efeitos adversos após a administração de vacinas e, por vezes, questionam o valor benéfico da vacinação em si (27).

Os dados que constam na **Tabela 4** vêm então demonstrar que o receio de desenvolvimento de possíveis efeitos secundários à vacinação é, para os pais, uma barreira na tomada de decisão de vacinação dos filhos (10). Receio este que não é ultrapassado mesmo perante a ausência de eventuais provas de que, quando há manifestações pós-vacinação, estas se devam exclusivamente à vacinação em si (8).

Outra constatação desta preocupação dos pais ocorreu num estudo levado a cabo na Austrália por Lawrence *et al*, onde foi elaborado um questionário a nível nacional aos pais para avaliar os motivos para a imunização incompleta das crianças australianas. Este estudo mostrou que 70% dos pais se encontravam preocupados com o desenvolvimento de possíveis efeitos adversos à vacina (28).

3.3. Relação com o médico

Na generalidade, como apresentado na **Tabela 5**, 93,5% da população estudada não se encontra hesitante face à vacinação infantil, indo de encontro com os 88% da população que confia na informação fornecida sobre a vacinação. Para além disto, 88,1% da população sente que consegue ter uma discussão aberta das suas preocupações face à vacinação com o médico, o que também se reflete no facto de 91,3% confiar, no geral, no médico que segue o seu filho.

Verificando-se uma elevada percentagem de inquiridos não hesitantes (93,5%), a mesma só poderia coexistir com uma elevada percentagem de pais que confiam no médico assistente do seu filho (91,3%). Tais resultados apontam para uma possível relação entre a hesitação em vacinar e a confiança no médico e informação obtida através do mesmo, sendo esta relação inversamente proporcional entre si.

Dada a elevada percentagem da população estudada que confia na informação fornecida sobre a vacinação e como profissionais de saúde, temos um papel importante a este nível. Embora a maioria (93,5%) não se mostre hesitante face à vacinação, a

restante porção (3,2%) apresenta alguma hesitação e não deve ser negligenciada, sendo importante informar devidamente esta minoria de forma a diminuir esta percentagem

Tabela 5 *Relação com o médico*

Amostra (<i>n</i> = 92)			
	n (%)		
	<i>Nada hesitante</i>	<i>Não tenho a certeza</i>	<i>Muito hesitante</i>
De uma forma geral, como classifica o seu grau de hesitação em relação à vacinação infantil?	86 (93,5%)	3 (3,3%)	3 (3,3%)
	<i>Concordo completamente</i>	<i>Não tenho a certeza</i>	<i>Discordo completamente</i>
“Confio na informação que me é dada acerca das vacinas”.	81 (88,0%)	8 (8,7%)	3 (3,3%)
“Sinto que posso discutir abertamente as minhas preocupações acerca da vacinação infantil com o médico do meu filho”.	81 (88,1%)	7 (7,6%)	4 (4,4%)
	<i>Nada confiante</i>		<i>Muito confiante</i>
Classifique o seu grau de confiança, globalmente, no médico que segue o seu filho.	2 (2,2%)	6 (6,6%)	80 (91,3%)

3.4. Vacinas recomendadas e vacinas fora do programa nacional de vacinação

É possível observar na **Tabela 6** que uma grande maioria dos pais (92,4%) foram aconselhados pelo médico que segue o seu filho à administração de vacinas fora do Programa Nacional de Vacinação, contudo, isso não significa que todos os pais procedam à sua administração: só 88% administraram a vacina ou vacinas aconselhadas.

Das vacinas fora do Programa Nacional de Vacinação aconselhadas, segundo a informação que consta na **Tabela 6**, a que demonstrou maior percentagem de

aconselhamento por parte do médico foi a do rotavírus (27,15%). À parte desta, também foram referidas a da pneumonia, a da hepatite A, a da meningite B, a do HPV e a da varicela.

Tabela 6 Vacinas recomendadas e vacinas fora do PNV

	n (%)
Caso tenha mais que um filho, o mais novo fez todas as vacinas que o médico recomendou?	
Sim	61 (63,3%)
Não sei	4 (4,3%)
Não	2 (2,2%)
O médico aconselhou alguma vacina fora do Programa Nacional de Vacinação (PNV)?	
Sim	85 (92,4%)
Não sei	1 (1,1%)
Não	6 (6,5%)
Administrou a vacina fora do PNV recomendada?	
Sim	81 (88,0%)
Sim, mas não as doses todas/Não sei	3 (3,3%)
Não	8 (8,7%)
Qual foi a vacina recomendada?	<i>n = 151</i>
Meningite B	33 (21,85%)
Pneumonia	28 (18,54%)
Rotavírus	41 (27,25%)
Outras	46 (30,46%)

Relativamente à vacina contra a **hepatite A**, e tendo por base dados apresentados pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e pela Sociedade Portuguesa de Pediatria, os primeiros estudos serológicos de prevalência da infeção por este vírus em Portugal foram desenvolvidos nos anos 80, estimando-se que 84,5% da população geral e 93,4% dos indivíduos abaixo dos 20 anos estavam vacinados contra o vírus da hepatite A, colocando o nosso país como um país de alta endemicidade para o vírus. Mais tarde, entre 2001 e 2002, novos dados foram apresentados pelo 2º Inquérito Serológico Nacional em Portugal Continental: 57,7% na população em geral imunizada e 22,6% nos indivíduos com idade abaixo dos 20 anos (29,30).

Contudo, a 8 de maio de 2017 surgiu um surto de hepatite A, havendo 242 notificações de casos de hepatite A nesse mesmo ano. Desde abril de 2017 foram administradas 1149 vacinas em Portugal, sendo que 97% foram administradas na zona de Lisboa e Vale do Tejo (29,30).

No que se refere à vacina para a **meningite B**, tendo ainda por base os dados apresentados pela Sociedade Portuguesa de Pediatria, na última década, em Portugal, este serogrupo, o predominante, apresentou percentagens que variaram entre 47% em 2003, 80% em 2008 e 72% em 2011. Tendo estas altas incidências da patologia ao longo dos anos, é compreensível a elevada taxa de recomendação desta vacina que consta fora do Programa Nacional de Vacinação (30).

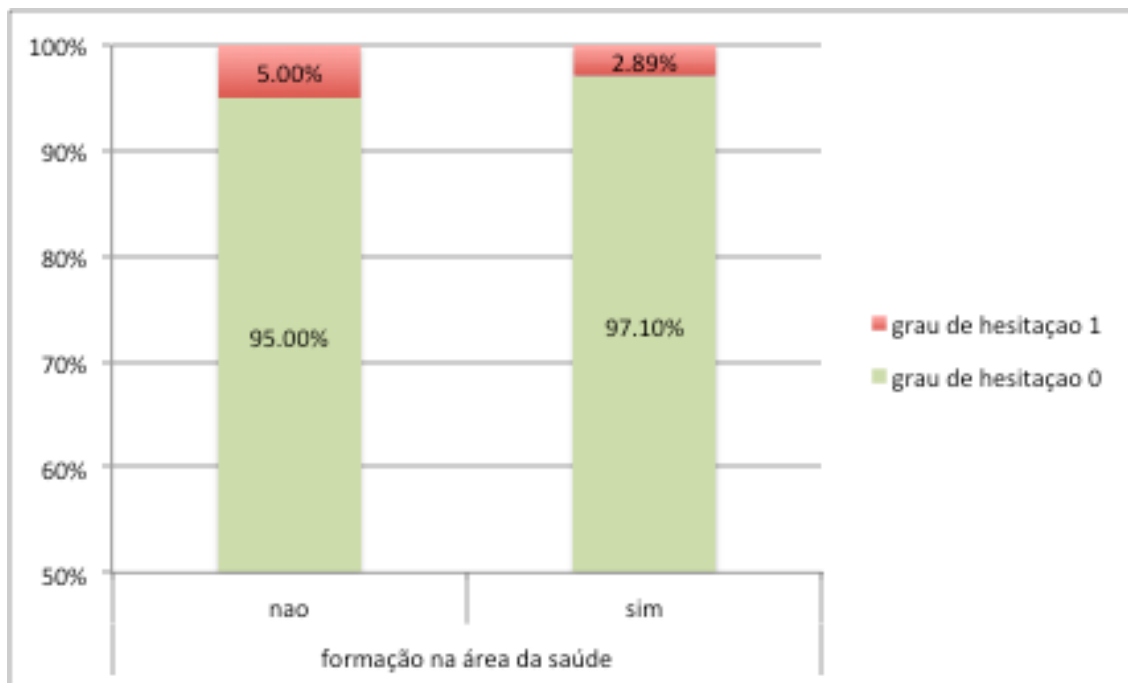
Em relação à vacina contra o **rotavírus**, referenciada por vários inquiridos como uma das vacinas fora do Programa Nacional de Vacinação aconselhada pelo médico, é uma vacina para a prevenção de uma das causas mais frequentes para a gastroenterite aguda. Foi graças ao aconselhamento da sua administração por médicos em Portugal que a cobertura vacinal para esta patologia foi subindo ao longo dos anos até atingir uma percentagem de 40-50% em 2012-2013 (30).

A vacina para a **tosse convulsa** foi também uma das vacinas referenciadas como aconselhada pelo médico e tem sido graças a este mesmo aconselhamento que a doença está controlada desde a introdução da vacina no mercado, atingindo coberturas de 93-96%. Contudo, o nível de endemicidade tem-se vindo a manter, apresentando picos regulares e incidências entre 0,02 e 0,78/100000 (30).

Por fim, a vacina contra a **varicela** foi também uma das apontadas pelos inquiridos como uma das recomendadas pelo médico, o que pode ser uma justificação para a diminuição de dos casos registados de varicela ao longo dos anos (722 casos em 2007, 153 em 2009 e 158 em 2010) (30).

3.5. Relação entre Grau de Hesitação e Formação na Área da Saúde

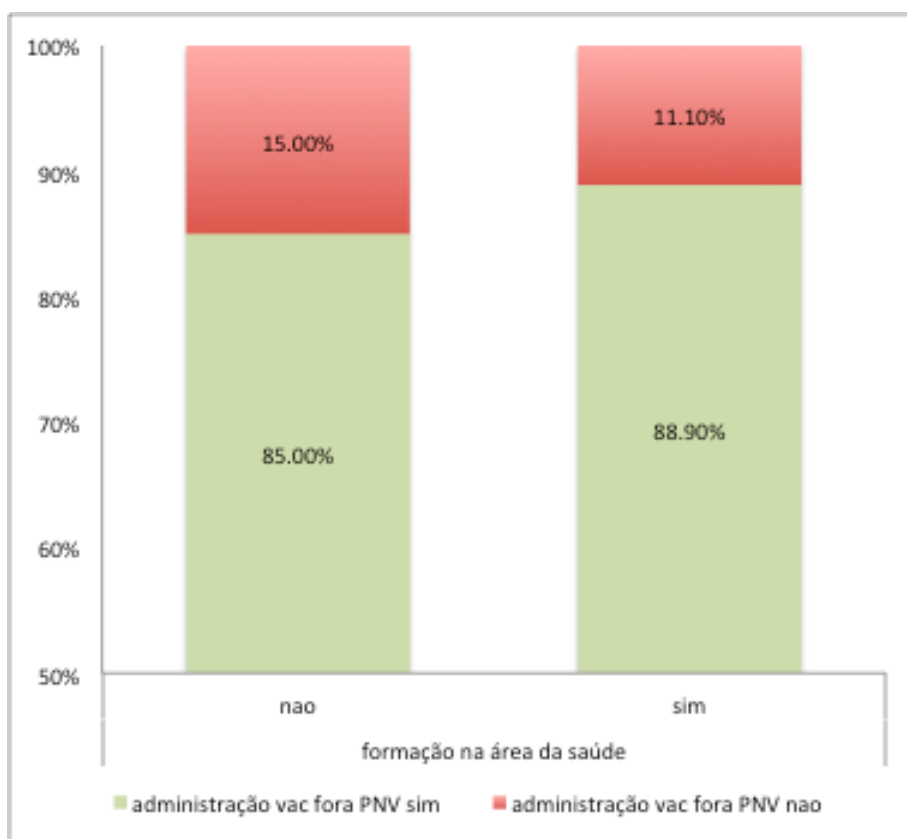
Figura 6: Hesitação em vacinar, em função de ter, ou não, formação na área da saúde



Como se pode observar na **Figura 6**, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas, há uma proporção superior de hesitantes em vacinar nas pessoas sem formação na área da saúde, do que entre os que têm esta formação (5,00% vs 2,89%; $p>0,05$).

3.6. Relação entre Administração de Vacinas fora do PNV e Formação na Área da Saúde

Figura 7: *Relação entre administração de vacinas fora do PNV e formação na área da saúde*



Em relação à administração de vacinas fora do PNV, em função dos inquiridos terem, ou não formação na área da saúde, observou-se que, em ambos os grupos, a maioria respondeu ter administrado as vacinas recomendadas ao(à) filho(a). Contudo e, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas, observou-se uma maior proporção de não administração entre os que não têm formação na área da saúde, em comparação com os que têm (15,0% vs 11,1%; $p>0,05$).

É importante referir que a ausência de significado estatístico nestas associações pode ser devida à reduzida dimensão da amostra, pelo que será conveniente testar estes comportamentos em amostras de maiores dimensões.

4. Conclusão

A vacinação, embora existente há já muitos anos, é um tema que, ultimamente, tem vindo a ganhar mais importância. Em grande parte, este reconhecimento advém do facto de os grupos anti-vacinação terem vindo a crescer, originando o fenómeno de *vaccine hesitancy* abordado ao longo deste trabalho de campo.

A hesitação em vacinar é uma problemática dependente de variados fatores e com diversos determinantes, sendo, por isso, necessária uma compreensão profunda do tema e um cuidado especial ao abordá-lo para, desta forma, ser possível lidar com ele não só a nível individual como a nível global, evitando, assim, que se torne numa questão de Saúde Pública.

Este estudo permitiu concluir que, em Portugal, a hesitação em vacinar é um problema existente, mas numa pequena dimensão, devendo-se, principalmente, a questões relacionadas com o número de vacinas administradas segundo o Programa Nacional de Vacinação e a possibilidade de desenvolvimento de reações adversas pós-vacinação. No que refere a segurança perante o Programa Nacional de Vacinação e os médicos portugueses que seguem os seus filhos, os pais sujeitos a este estudo apresentam-se satisfeitos e seguros.

Contudo, dado que a amostra estudada é reduzida, torna-se difícil quantificar a hesitação em vacinar. No entanto, ainda que se trate de um valor baixo, é possível verificar a existência desta mesma problemática entre os pais de crianças com menos de 16 anos em Portugal, sendo imperativo não ignorar esta realidade.

Em suma, nos dias de hoje já estão implementadas medidas que visam a diminuição da hesitação em vacinar entre a população portuguesa, porém, tratando-se de um problema emergente, é impreterível a realização de um estudo qualitativo para avaliar os determinantes da *vaccine hesitancy* e, assim, ser possível o desenvolvimento de meios que permitam contornar esta questão evitando o seu crescimento exponencial e consequências que possam pôr em causa a Saúde Pública.

5. Bibliografia

1. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação [Internet]. Sobre as Vacinas. 2017 [cited 2017 Apr 6]. Available from: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/vacinas.aspx>
2. World Health Organisation. Global Vaccine Action Plan. Global Vaccine Action Plan. 2011.
3. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective A systematic review of published literature, 2007 – 2012. *Vaccine*. Elsevier Ltd; 2014;32(19):2150–9.
4. Barrows MA, Coddington JA, Richards EA, Aaltonen PM. Parental Vaccine Hesitancy: Clinical Implications for Pediatric Providers. *J Pediatr Healthc*. Elsevier Inc; 2015;29(4):385–94.
5. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação 2017. 2017.
6. SAGE. Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy. 2014.
7. Jacobson RM, St. Sauver JL, Finney Rutten LJ. Vaccine hesitancy. *Mayo Clin Proc*. Elsevier Inc; 2015;90(11):1562–8.
8. Edwards KM, Hackell JM, The Committee on Infectious Diseases, Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Countering Vaccine Hesitancy. *Am Acad Pediatr*. 2016;138(3).
9. Leask J. Target the fence-sitters. *Nature*. 2011;473:443–5.
10. Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Julie A, et al. Vaccine hesitancy: An overview. *Hum Vaccin Immunother*. 2017;5515(May).
11. Schuster M, Eskola J, Duclos P, Group W. Review of vaccine hesitancy: Rationale, remit and methods. *Vaccine*. 2015;33:4157–60.
12. Kennedy A, Basket M, Sheedy K. Vaccine Attitudes, Concerns, and Information Sources Reported by Parents of Young Children: Results From the 2009 HealthStyles Survey. *Pediatrics*. 2017;
13. Smith PJ, Humiston SG, Marcuse EK, Zhao Z, Dorell CG, Howes C, et al. Parental Delay or Refusal of Vaccine Doses, Childhood Vaccination Coverage at 24 Months of Age, and the Health Belief Model. *Public Health Rep*. 2011;126:135–46.

14. Wisler-scher DJ, Colson E, Shapiro ED, Eric S, Wisler-scher DJ, Colson E, et al. Qualitative Analysis of Mothers' Decision-Making About Vaccines for Infants: The Importance of Trust. *Pediatrics*. 2014;
15. Guay M, Gallagher F, Petit G, Ménard S, Clément P, Boyer G. Pourquoi les Couvertures Vaccinales Chez les Nourrissons de L'estrie Sont-elles Sous-optimales. 2009.
16. Paulussen TGW, Hoekstra F, Lanting CI, Buijs GB, Hirasing RA. Determinants of Dutch parents' decisions to vaccinate their child. *Vaccine*. 2006;24:644–51.
17. Brewer NT, Chapman GB, Gibbons FX, Gerrard M, Mccauley KD, Weinstein ND. Meta-Analysis of the Relationship Between Risk Perception and Health Behavior: The Example of Vaccination. *Health Psychol*. 2007;26(2):136–45.
18. Macdonald NE, Group W. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33:4161–4.
19. Dubé E, Gagnon D, Macdonald NE, Group W. Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. *Vaccine*. 2015;33:4191–203.
20. Sadaf A, Richards JL, Glanz J, Salmon DA, Omer SB. A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy. *Vaccine*. Elsevier Ltd; 2013;31(40):4293–304.
21. Odone A, Ferrari A, Spagnoli F, Visciarelli S, Shefer A, Pasquarella C, et al. Effectiveness of interventions that apply new media to improve vaccine uptake and vaccine coverage A systematic review. *Hum Vaccin Immunother*. 2015;11(1):72–82.
22. Eskola J, Duclos P, Schuster M, MacDonald NE, Liang X, Chaudhuri M, et al. How to deal with vaccine hesitancy? *Vaccine*. 2015;33(34):4215–7.
23. Tabacchi G, Costantino C, Napoli G, Marchese V, Cracchiolo M, Casuccio A. Determinants of European parents' decision on the vaccination of their children against measles, mumps and rubella: A systematic review and meta-analysis. *Hum Vaccin Immunother*. Taylor & Francis; 2016;12(7):1909–23.
24. Larson HJ, Figueiredo A De, Xiaohong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. 2016;12:295–301.
25. Keller-stanislawski B, Englund JA, Kang G, Mangtani P, Neuzil K, Nohynek H, et al. Safety of Immunization During Pregnancy: A review of the evidence of selected inactivated and live attenuated vaccines. *Vaccine*. Elsevier Ltd; 2014;1–

- 8.
26. Martino M De. Dismantling the Taboo against Vaccines in Pregnancy. *Int J Mol Sci*. 2016;
 27. Streefland PH. Public doubts about vaccination safety and resistance against vaccination. *Health Policy (New York)*. 2001;55:159–72.
 28. Chow MYK, Danchin M, Willaby HW, Pemberton S, Leask J. Parental attitudes, beliefs, behaviours and concerns towards childhood vaccinations in Australia: A national online survey. *AFP*. 2017;46(3):145–51.
 29. Direção-Geral da Saúde. Hepatite A: Situação a 8 de maio de 2017 Lista de Conteúdos. 2017.
 30. Sociedade Portuguesa de Pediatria, Sociedade de Infeciologia Pediátrica da SPP. Recomendações Sobre Vacinas Extra Programa Nacional de Vacinação. 2015.

6. Anexos

Anexo I – Questionário

Avaliação da opinião acerca da vacinação dos filhos

Este questionário destina-se a caracterizar qual a opinião dos pais acerca da vacinação dos filhos, em Portugal.

Não há perguntas certas, nem erradas. Estamos interessados apenas na sua opinião.

Este estudo está a ser conduzido pela Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

A Profª Filipa Duarte-Ramos é a investigadora responsável pelo mesmo. Se lhe surgir alguma dúvida referente a este estudo, por favor envie um e-mail para dsf.ffulisboa@gmail.com, que a mesma será respondida.

O tempo médio de preenchimento do questionário inferior a 3 minutos.

Estamos interessados apenas em dados agrupados, pelo que a resposta ao questionário é anónima e o tratamento de dados é feito em completa confidencialidade.

Se tem filhos de idade inferior ou igual a 16 anos, a sua resposta é fundamental para nós!

O preenchimento deste questionário, pressupõe que o respondente se considera informado acerca dos objectivos do estudo e que autoriza a recolha e posterior análise e divulgação da informação por parte da equipa de investigação, para os fins aqui identificados.

***Obrigatório**

Reside em Portugal?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Qual a sua idade?

A sua resposta

Qual o seu estado civil?

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a)/união de facto
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Viúvo(a)

Sexo

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

Qual o nível mais elevado de escolaridade que concluiu?

- ☐ inferior ou igual ao 12^a ano
- ☐ Ensino superior/mestrado
- ☐ Doutoramento

Tem formação na área da saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Quantos filhos tem?

A sua resposta

Que idade tem o seu/sua filho(a) mais novo(a)?

A sua resposta

Alguma vez adiou a administração de vacinas aos seus filhos, por outro motivo que não fosse eles estarem doentes?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Alguma vez decidiu não administrar vacinas aos seus filhos, por outro motivo que não fosse eles estarem doentes?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Como se sente em relação à frase: "o actual esquema de vacinação é a melhor opção para a saúde do meu filho."

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente seguro

Em relação às questões abaixo, por favor assinale a opção que reflete melhor o que sente

As crianças levam mais vacinas do que o que seria benéfico para a saúde delas

	1	2	3	4	5	
Concordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo totalmente

Acredito que a maioria das doenças que as vacinas previnem/evitam, são doenças graves

	1	2	3	4	5	
Concordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo totalmente

É melhor para o meu filho ir adquirindo imunidade com as doenças, do que levar vacinas

	1	2	3	4	5	
Concordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo totalmente

É melhor para as crianças levarem menos vacinas ao mesmo tempo

	1	2	3	4	5	
Concordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo totalmente

Por favor assinale a opção que melhor descreve o seu grau de preocupação em relação:

	Nada preocupado	Pouco preocupado	Não tenho a certeza	Algo preocupado	Muito preocupado
À possibilidade do seu filho ter uma reação adversa grave a uma vacina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A que qualquer uma das vacinas administradas às crianças não seja segura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A que a vacina não seja eficaz na prevenção da doença a que se destina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se tivesse um filho hoje, fazia-lhe todas as vacinas recomendadas?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

De uma forma geral, como classifica o seu grau de hesitação em relação à vacinação infantil?

	1	2	3	4	5	
Nada hesitante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito hesitante

"Confio na informação que me é dada acerca das vacinas."

	1	2	3	4	5	
Concordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo completamente

"Sinto que posso discutir abertamente as minhas preocupações acerca da vacinação infantil com o médico do meu filho."

	1	2	3	4	5	
Concordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo completamente

Classifique o seu grau de confiança, globalmente, no médico que segue o seu filho

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada confiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente confiante

Caso tenha mais do que um filho, o mais novo fez todas as vacinas que o médico recomendou?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Se não administrou nenhuma ou alguma vacina ao seu filho, por favor assinale os motivos:

- ☐ Achei que não era necessário
- ☐ Informação negativa nos media
- ☐ Reacção prévia grave a uma vacina
- ☐ Medo de agulhas
- ☐ Convicções religiosas
- ☐ Prefiro as medicinas alternativas
- ☐ Medo dos efeitos secundários
- ☐ Preço

O médico aconselhou alguma vacina fora do Programa Nacional de Vacinação (PNV)?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Se respondeu SIM à pergunta anterior:

Qual foi a vacina fora do PNV recomendada (ou para que doença)?

A sua resposta

Administrou a vacina fora do PNV recomendada?

- ☐ Sim
- ☐ Sim, mas não as doses todas
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Se o médico aconselhou ao seu filho uma vacina fora do PNV e não a administrou, pf assinale qual o motivo?

- ☐ Porque era muito cara
- ☐ Porque considero que todas as vacinas necessárias estão incluídas no PNV
- ☐ Porque não tenho confiança na segurança das vacinas que não fazem parte do PNV
- ☐ Porque não tenho confiança na eficácia das vacinas que não fazem parte do PNV
- ☐ Porque não sabia onde a podia comprar

Observações/comentários


A sua resposta

ANTERIOR

SUBMITER

Nunca envie palavras-passe através dos Formulários do Google.

Anexo II – Escala *Parent Attitudes about Childhood Vaccines* de Roberts e colaboradores




Seattle Children's
HOSPITAL • RESEARCH • FOUNDATION

Treuman Katz Center
for Pediatric Bioethics

SCORED VERSION

**Parent Attitudes about
Childhood Vaccines**



READ THIS FIRST:

We are interested in your opinions about childhood shots (vaccines). Your child's doctor or nurse gives shots like MMR (measles, mumps and rubella) or Polio at check-ups to help keep your child from getting sick.

THIS SURVEY IS NOT ABOUT SEASONAL FLU OR SWINE FLU (H1N1) SHOTS.

When filling out the survey, please answer each question with the child whose appointment is today in mind. The answers to these questions will help us improve how doctors and nurses talk to parents about childhood shots.

Please check only one answer to each of the questions below.

1. Is this child your first born? ☐ Yes ☐ No

2. What is your relationship to this child? ☐ Mother ☐ Father ☐ Other _____

<p>3. Have you ever delayed having your child get a shot (not including seasonal flu or swine flu (H1N1) shots) for reasons other than illness or allergy?</p>	Yes	No	Don't Know excluded
	2	0	

<p>4. Have you ever decided not to have your child get a shot (not including seasonal flu or swine flu (H1N1) shots) for reasons other than illness or allergy?</p>	Yes	No	Don't Know excluded
	2	0	

<p>5. How sure are you that following the recommended shot schedule is a good idea for your child? Please answer on a scale of 0 to 10, where 0 is <i>Not at all sure</i> and 10 is <i>Completely sure</i>.</p>	Not at all Sure	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Completely Sure
	0	2	2	2	2	2	1	1	0	0	0

<p>6. Children get more shots than are good for them.</p>	Strongly Agree	Agree	Not Sure	Disagree	Strongly Disagree
	2	2	1	0	0

<p>7. I believe that many of the illnesses that shots prevent are severe.</p>	0	0	1	2	2
---	---	---	---	---	---

<p>8. It is better for my child to develop immunity by getting sick than to get a shot.</p>	2	2	1	0	0
---	---	---	---	---	---

<p>9. It is better for children to get fewer vaccines at the same time.</p>	2	2	1	0	0
---	---	---	---	---	---

	Not at all Concerned	Not too Concerned	Not Sure	Somewhat Concerned	Very Concerned
10. How concerned are you that your child might have a serious side effect from a shot?	0	0	1	2	2

11. How concerned are you that anyone of the childhood shots might not be safe?	0	0	1	2	2
---	---	---	---	---	---

12. How concerned are you that a shot might not prevent the disease?	0	0	1	2	2
--	---	---	---	---	---

	Yes	No	Don't Know
13. If you had another infant today, would you want him/her to get all the recommended shots?	0	2	1

	Not at all Hesitant	Not too Hesitant	Not Sure	Somewhat Hesitant	Very Hesitant
14. Overall, how hesitant about childhood shots would you consider yourself to be?	0	0	1	2	2

	Strongly Agree	Agree	Not Sure	Disagree	Strongly Disagree
15. I trust the information I receive about shots.	0	0	1	2	2

16. I am able to openly discuss my concerns about shots with my child's doctor.	0	0	1	2	2
---	---	---	---	---	---

	Do Not Trust at All										Completely Trust		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
17. All things considered, how much do you trust your child's doctor? Please answer on a scale of 0 to 10, where 0 is <i>Do not trust at all</i> and 10 is <i>Completely trust</i> .	2	2	2	2	2	2	1	1	0	0	0		

The last questions are about you. Please check only one answer to each question.

18. How old are you?

☐ 18-29 years old

☐ 30 years or older

19. What is your current marital status?

- ☐ Single
- ☐ Married
- ☐ Living with a partner
- ☐ Widowed
- ☐ Separated
- ☐ Divorced

20. What is the highest level of education that you have reached?

- ☐ 8th grade or less
- ☐ Some high school, but not a graduate
- ☐ High school graduate or GED
- ☐ Some college or 2-year degree
- ☐ 4-year college degree
- ☐ More than 4-year college degree

21. What is your approximate household income?

- ☐ \$30,000 or less
- ☐ \$30,001-50,000
- ☐ \$50,001-75,000
- ☐ \$75,001 or more

22. How many children are in your household?

- ☐ One
- ☐ Two
- ☐ Three
- ☐ Four or more

23. What is your race/ethnicity? Please check all that apply.

- ☐ White
- ☐ Black or African American
- ☐ Hispanic/Latino
- ☐ Asian
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander
- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Other: _____

Thank you!

